QUELQUES CONSIDÉRATIONS

N°. 76.

ET OBSERVATIONS PRATIQUES

SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE

(GASTRO-HYSTÉROTOMIE);

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 avril 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR E-C. JOLLY, de Château-Thierry,

Département de l'Aisne;

Ex-Chirurgien interne des hôpitaux civils de Paris; ancien Élève de l'École pratique.

Neque enim numerandæ sunt, sed perpendendæ observationes.

MORGAGNI, *Epist.* 51, n°. 47.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Président.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Suppléant.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard, *Examinateur.*	Gerdy.
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet, *Suppléant.*	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MANIBUS OPTIMI ET DILECTISSIMI

PARENTIS,

MEMORIÆ

PIISSIMÆ GENITRICIS.

Desideria et lacrymas.

CARISSIMIS SORORIBUS,

FRATRIBUSQUE DILECTIS.

Utinam eadem internos pietas et permaneat et crescat ad usque vitæ hujus exitium!

E.-C. JOLLY.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/quelquesconsider0000unse_c8b2

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

ET OBSERVATIONS PRATIQUES

SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE

(GASTRO-HYSTÉROTOMIE).

Dans certains cas d'accouchement où la nature, impuissante, ne peut terminer le dernier acte de la reproduction, et dans lesquels la mort de la mère et de l'enfant est imminente, il est dans le domaine de la chirurgie une opération grave, qui consiste à pratiquer une ouverture à travers les parois du bas-ventre et le tissu de la matrice pour extraire l'enfant contenu dans cet organe, et qui a pour but la conservation de ces deux êtres intéressans, c'est l'opération césarienne (*partus cesareus*, enfantement césarien, gastro-hystérotomie). Celle qui consiste à inciser l'utérus seulement, et que *Lauverjat* appelle *vaginale*, doit être désignée sous le nom de *hystérotomie.* Il ne sera nullement question de cette dernière dans ma dissertation.

L'opération césarienne était en usage dès la plus haute antiquité, pour extraire l'enfant du sein de sa mère, lorsqu'elle avait péri avant d'ac-

coucher. Quelques lois romaines (1), un passage de *Pline* (2) ne laissent aucun doute à cet égard ; et il n'est pas besoin de remonter aux fables de la Mythologie (3) pour démontrer l'ancienne origine de cette opération. Son étymologie vient du surnom donné à ceux qui devaient leur naissance à son bienfait. Ce ne fut qu'au commencement du seizième siècle qu'elle fut, au dire de *Bauhin* (4), pour la première fois, pratiquée sur la femme vivante par un châtreur de bestiaux. En 1581, *Rousset* publia son Traité d'hystérotomokie, dans lequel il établit par des faits qu'on peut et qu'on doit la pratiquer sur la femme vivante. Aux sept observations de succès rapportées par *Rousset*, *Bauhin* et *Ruleau* en ajoutèrent d'autres pour soutenir cette doctrine ; mais ils furent regardés par *A. Paré* comme *des miracles de nature*, et rejetés comme des fables par *Mauriceau* et *Delamotte*. Et telle était l'influence de ces hommes justement célèbres, que leur opinion prévalut long-temps encore après eux, et qu'il ne fallut, pour la renverser, rien moins que les travaux de *Simon*, de de *Levret*, de *Lauverjat* et ceux du célèbre *Baudelocque*.

On ne peut méconnaître aujourd'hui les avantages de l'opération césarienne ni les dangers qui en paraissent inséparables ; plus de deux cent cinquante observations, recueillies depuis le siècle de *Rousset* jusqu'à nous, ne permettent plus de douter ni des uns ni des autres, d'atténuer ceux-là et d'exagérer ceux-ci. Les dangers qui environnent cette opération ne doivent paraître plus grands que ceux qui résulteraient de sa proscription qu'aux yeux de la prévention ou de l'ignorance. Elle n'a pas toujours eu de succès, et le plus souvent même la femme y a succombé. Mais, dans ces mêmes cas, quel

---

(1) *Lex regia*, attribuée à Numa Pompilius.

(2) *Auspicatius enectâ parente gignuntur : sicut scripto Africanus prior natus, primusque Cesarum à caso matris utero dictus.* Quoique bien clair, ce passage a été diversement traduit et interprété.

(3) Esculape retiré du ventre de sa mère par Apollon.

(4) *Bauhinus appendix ad Roussetum.*

aurait été le destin de la femme sans cette opération? La mort, qu'elle ne pouvait éviter, eût-elle été plus douce ou moins cruelle? Et quel aurait été le sort de l'enfant, constamment sauvé par cette opération quand elle a été faite à temps, c'est-à-dire pendant qu'il vivait encore? La femme était perdue sans ressource, et son enfant de même; car, par qu'elle autre voie la nature ou l'art viendraient-ils à leur secours? La femme résistera-t-elle long-temps aux efforts douloureux et impuissans qu'elle fait pour expulser l'enfant? et celui-ci les supportera-t-il avec moins de danger? Combien de fois n'a-t-il pas succombé dans une lutte moins pénible, et sous des efforts moins violens que ceux qui s'épuisent inutilement contre les obstacles qui exigent l'opération césaraienne; sa mort est donc assurée, et celle de la femme ne l'est guère moins : le témoignage des accoucheurs est unanime sur ce point. Aussi, convaincus de son utilité, les meilleurs praticiens s'accordent généralement pour la regarder comme la seule ressource que l'art puisse offrir dans certains cas.

Ce n'est pas autant par elle-même que par suite de l'état particulier dans lequel on opère les femmes que la section césarienne est si grave. En effet, la plaie que l'on fait aux parois abdominales est très-large, mais les parties que l'on divise ne sont pas très-délicates ; on blesse le péritoine, mais les organes digestifs peuvent être facilement évités. Combien de fois d'ailleurs n'a-t-on pas vu les éventrations les plus larges et les plus compliquées ne donner lieu qu'à des accidens peu graves. La blessure de la matrice serait-elle donc par elle-même si dangereuse? Mais tout, au contraire, indique dans cet organe une irritabilité peu développée, peu de tendance à contracter des inflammations, et les meilleures conditions pour que la cicatrisation se fasse sûrement et promptement. La plaie, d'abord très-large, se réduit bientôt des quatre cinquièmes au moins, et, s'il y a hémorrhagie, elle cesse aussitôt que l'organe se contracte. Enfin, à l'aide de précautions bien entendues, n'est-il pas possible d'empêcher les épanchemens pendant et après l'opération? Ce qui cause le danger et l'insuccès, c'est le retard à l'opération, qui n'est

pratiquée qu'en désespoir de cause, quand tous les autres moyens ont échoué, quand les efforts de la matrice ont été long-temps continués et qu'elle est tombée dans l'inertie, quand les douleurs ont épuisé la femme, quand l'inflammation et la gangrène ont commencé. La nécessité d'opérer à l'instant où des accidens graves compliquent les maladies, rend ces opérations souvent infructueuses et non meurtrières. Ainsi, la hernie étranglée, quelques amputations sont souvent plus dangereuses que la lythotomie faite en temps opportun. Ces considérations résultent de l'examen des faits rapportés par les auteurs, par *Lauverjat*, et par *Baudelocque* en particulier. « Parmi les soixante-treize faits rapportés, dit ce dernier (1), on remarque que trente et une de ces opérations ont été faites avec succès pour la femme, et presque toutes pour l'enfant; que parmi les femmes qu'on n'a pu conserver, il y en a plusieurs qui ne laissaient aucun espoir avant l'opération, et d'autres qui paraissaient avoir été victimes de quelques causes qui lui étaient étrangères, ayant donné des espérances assez bien fondées jusqu'au moment où ces causes ont exercé sur elles leur influence désastreuse » Et si l'on compare les funestes résultats de la pratique dans les grandes villes, dans les hôpitaux, et surtout en Angleterre, aux succès heureux de celle de la province et des campagnes, il ne restera aucun doute à cet égard. En effet, à la Maternité, madame *Lachapelle* ne l'a jamais vue réussir; en Angleterre, où on ne la pratique qu'en désespoir de cause, *Burns* et *S. Cooper* disent que sur quinze à vingt fois qu'elle a été pratiquée. Il n'y a pas un seul cas de guérison. Au contraire, suivant MM. *Dubois* et *Desormeaux*, l'opération césarienne a beaucoup plus de succès pratiquée sur les femmes de la campagne que sur les habitantes des grandes villes. C'est ce que prouvent évidemment les heureux résultats obtenus par mon père dans sa pratique, aux environs de Châteauthierry, et que j'exposerai plus loin.

---

(1) Société de médecine pratique, t. 5.

On peut donc penser que, si l'on était appelé pendant la grossesse ou au commencement du travail de l'accouchement, en préparant les femmes pour lesquelles on jugerait cette opération indispensable, on pourrait en rendre les suites moins funestes. Outre le bon état des forces, celui de l'utérus et de l'abdomen, une circonstance favorable, c'est la confiance dans le succès, ou plutôt une sorte d'indifférence et une sensibilité peu exaltée, ce qui est assez commun chez les femmes de la campagne.

L'enfant ne meurt pas toujours en même temps que sa mère, quoique le plus souvent il cesse de vivre le premier. C'est pour cela que l'on doit pratiquer l'opération césarienne sur la femme morte pendant la grossesse ou le travail de l'accouchement, à moins que le fœtus ne puisse être extrait par les voies naturelles ; et comme elle pourrait être dans un état de mort apparente, après s'être assuré, autant que possible, qu'elle est réelle, il faut y procéder avec les mêmes précautions et la même régularité que si la femme était vivante ; car si le retard peut être funeste au fœtus, la précipitation peut aussi l'être à la mère. La nécessité de cette manière d'agir est généralement reconnue depuis long-temps. Le Sénat de Venise en a fait, en 1608 et 1721, une obligation expresse, bien justifiée par les observations remarquables rapportées par *Van-Swiéten*, et par celles de *Baudelocque* et de *Rigaudeaux*. J'ai vu deux cas d'opération césarienne pratiquée sur des femmes mortes de maladies aiguës avant le terme de la grossesse, et dans ces deux cas les enfans ont survécu. Je rapporterai ces deux observations.

La gastro-hystérotomie doit être mise en usage sur la femme vivante lorsque des obstacles insurmontables s'opposent à l'accouchement ; ces obstacles résultent ou d'un rétrécissement du bassin, de la présence d'une exostose, d'une tumeur squirrheuse, fibreuse ou autre que l'on ne puisse ni déplacer ni détruire, ou d'une hernie de matrice.

L'observation a démontré qu'aucun enfant à terme et d'une grosseur ordinaire ne peut naître naturellement lorsque le bassin n'offre que deux pouces et demi de petit diamètre, et que ces cas appartien-

nent à la médecine opératoire. Dans le but de prévenir ces opérations ou de les rendre moins graves, on a proposé de borner le développement du fœtus en affaiblissant la mère ; mais l'expérience journalière prouve l'inefficacité de ces moyens, qui ne peuvent être d'aucun effet, parce que l'enfant est indépendant de la manière de vivre de sa mère. A ce degré de rétrécissement, on a conseillé l'accouchement prématuré ; au-dessous, l'avortement. Ces deux moyens doivent être rejetés ; le premier, parce qu'il compromet la vie de la mère et de l'enfant ; l'autre, parce qu'il tue ce dernier sans mettre celle-là à l'abri de tout danger. C'est dans ces cas que l'on a conseillé, ne comptant pour rien la perte de l'enfant, que l'on immole de la manière la plus cruelle, de pratiquer la perforation du crâne et l'application du crochet. Mais que ne doit-on pas craindre pour la femme de l'usage de cet instrument, conduit profondément sans guide et comme au hasard ? Est-on toujours assuré d'en implanter constamment la pointe sur la tête du fœtus, et, lorsqu'elle s'en écarte, de la détourner des parties de la mère qui l'enveloppent si étroitement ? Il ne serait pas difficile de prouver qu'il en est mort bien davantage à la suite de l'usage des crochets que de l'opération césarienne, si l'on avait formé un recueil de toutes celles qu'on a délivrées ou tenté de délivrer au moyen des crochets, comme on l'a fait à l'égard des femmes qui ont été soumises à cette dernière opération. « Nous avons constamment observé, dit *Baudelocque*, des contusions et des déchirures à la matrice, à la vessie, au vagin, au rectum, à l'ouverture des cadavres de celles qui étaient mortes à la suite d'un pareil accouchement, ces cas paraissant bien plus favorables à l'application des crochets, puisque le bassin était au-dessus de deux pouces de diamètre. » La certitude de la mort de l'enfant est le seul motif qui puisse autoriser l'usage du crochet et autres instrumens de ce genre ; et encore ne sont-ils plus applicables au-dessous de dix-huit à vingt lignes de rétrécissement.

Pendant long-temps on préféra de sacrifier l'enfant aux portes de la vie à pratiquer l'opération césarienne. Quelques chirurgiens en France, presque tous en Angleterre, tiennent encore à ces temps de cruauté,

d'ignorance ou de mauvaise foi. On immole d'innocentes victimes, parce que, dit-on, l'enfant peut être mort au sein de sa mère, comme si le plus souvent il n'était pas possible de s'en assurer, comme s'il n'y avait pas des cas où l'opération césarienne soit indispensable, même pour obtenir la sortie du fœtus mort ; parce qu'il convient de ménager les mères aux risques et périls de leur enfant, comme si le sacrifice de l'enfant était d'ailleurs un certificat de vie pour la mère ; parce que la mère périra peut-être après l'opération qui aura conservé l'enfant, comme si les succès obtenus pour les mères étaient encore un problème ! Peut-on, doit-on sur des peut-être se déterminer à devenir, à coup sûr, l'homicide de l'être qui nous est confié ? Loin de nous l'alternative cruelle d'avoir à décider lequel il faut sacrifier de la mère ou de l'enfant. Le but du chirurgien, c'est de conserver tout être confié à ses soins. Qu'il pratique donc, lorsque la voie naturelle ne peut permettre l'accouchement, une issue à l'enfant qui le mette, ainsi que sa mère, à l'abri du péril qui les menaçait, et il réunira, comme le dit *Lauverjat*, l'homme et le citoyen au chirurgien véritable. D'ailleurs, reconnaître la nécessité de mutiler l'enfant pour l'extraire du sein de sa mère, n'est-ce pas justifier la conduite coupable des chirurgiens ignorans qui la pratiquent si souvent encore dans les campagnes sans nécessité ? Ainsi, je pense que, lorsqu'on a la certitude de la mort du fœtus, on ne doit agir sur lui, pour terminer l'accouchement, qu'autant que la perforation du crâne doit suffire avec le forceps ; hors ce cas, il faut recourir à la symphyséotomie ou à la section césarienne.

La symphyséotomie devait à jamais écarter ces moyens dangereux, l'usage des crochets, des perce-crânes et autres instrumens meurtriers, ainsi que l'accouchement prématuré et l'opération césarienne. Une opinion, qui remonte à *Hippocrate* et à *Galien*, adoptée depuis et défendue par *S. Pineau* et *A. Paré*, et suivant laquelle les os du bassin, et surtout les pubis, s'écartent pendant l'accouchement pour faciliter le passage de l'enfant, avait fait penser qu'on pourrait avec avantage faire la section de la symphyse. Quoique pratiquée vers le milieu du dix-septième siècle par *Delacouvrée*, et par *Plenck* en 1766, on ne peut

refuser à *Sigault* le mérite, sinon de son invention, du moins celui de l'avoir proposée et exécutée le premier avec succès sur la femme vivante. Cette opération hardie, digne du dix-huitième siècle, si elle eût été plus heureuse dans ses effets, présentée avec le brillant d'une découverte importante pour l'humanité, ne pouvait manquer de plaire et d'être généralement accueillie; mais l'observation, cette pierre de touche en médecine, ne tarda pas à dévoiler les inconvéniens que ses détracteurs n'avaient que trop bien prévus. Cependant, depuis que les travaux de *Weidmann* et de *Desgranges* ont établi les cas où elle convient, la symphyséotomie est restée dans le domaine de l'art des accouchemens comme une opération utile, nécessaire même, mais dans un nombre de cas très-limité; elle n'est applicable, en effet, que toutes les fois que cinq à six lignes de plus permettraient à la tête de passer, au-dessus de deux pouces et demi, par exemple, ce dont la difficulté de déterminer *à priori* a fait préférer l'opération césarienne. Les dangers sont inévitables dès que l'écartement doit être plus considérable, et que les articulations sont peu relâchées naturellement. « Quand on considère, dit M. *Desormeaux*, tous les dangers de la symphyséotomie, et qu'on les met en balance avec les avantages qu'on en retire dans les cas les plus heureux, il est difficile de ne pas convenir qu'au fond elle n'est guère moins grave que la section césarienne, et que son usage doit se renfermer dans des limites assez étroites. »

Des procédés différens par rapport à la direction de l'incision et au lieu de l'abdomen sur lequel on pratique la gastro-hystérotomie ont été successivement mis en usage. Le plus ancien, méthode latérale pratiquée sur le côté externe du muscle droit, offre des inconvéniens qui l'ont fait abandonner entièrement; il a été maintenu, diversement modifié, jusque vers le milieu du dix-huitième siècle. Cependant *Mauriceau* avait depuis long-temps indiqué une méthode nouvelle, et qui avait été suivie par un chirurgien contemporain de *Delamotte;* celle-ci, pratiquée sur la ligne médiane, attribuée à tort à *Platner* et à *Guérin*, puisque *Mauriceau* l'avait conseillée cent ans avant, employée par *Varroquier*, adoptée et puis rejetée par *Lauverjat*,

enfin préférée par *Baudelocque*, cette méthode est généralement suivie en France. Par ce procédé, en effet, on n'incise que la peau et la ligne blanche, on ne produit que peu de douleurs; nulle artère, aucun nerf important ne peuvent être lésés, et, de plus, on incise l'utérus dans le sens de sa plus grande étendue et parallèlement à ses principales fibres. C'est à tort que, lui attribuant les accidens qui nuisirent au succès des deux opérations qu'il avait pratiquées, *Lauverjat* les exagéra pour diminuer les inconvéniens et faire ressortir les avantages de la nouvelle méthode qu'il proposa comme bien préférable, et qu'il appelle *méthode transversale.* Malgré quelques succès, l'expérience n'a pas justifié les éloges que lui avait donnés l'auteur; et, quoique défendue par *Sabatier* et M. *Gardien*, qui la préfèrent encore, le procédé de *Lauverjat* a été abandonné pour celui de *Mauriceau*, parce qu'il n'a pas les avantages de celui-ci, et qu'il offre des inconvéniens que ce dernier n'a pas.

La gastro-hystérotomie pratiquée sur la ligne médiane me paraît donc préférable, parce que, outre les avantages que j'ai déjà indiqués, elle a celui d'être d'une exécution facile et n'exige pas le secours d'aides intelligens et habiles, que l'on ne trouve que dans les grandes villes; et qu'il me soit permis d'invoquer en sa faveur l'autorité de mon père, qui, l'ayant pratiquée six fois selon cette méthode, ne lui a jamais trouvé que des avantages, et s'est toujours applaudi de l'avoir suivie.

Quant aux procédés nouvellement proposés, l'un par M. *Baudelocque*, l'autre par M. *Ritgen*, ils me semblent d'une exécution beaucoup plus difficile, et les accidens auxquels ils peuvent exposer plus nombreux et plus graves que ceux de la méthode que nous adoptons. Le seul avantage qu'ils auraient, c'est d'empêcher l'accès de l'air dans le péritoine, que l'on ne doit pas ouvrir, si le décollement que l'on est obligé de faire dans une grande étendue n'exposait pas cette membrane à une inflammation inévitable, qui peut devenir aussi funeste que celle que produit le contact de l'air dans sa cavité. Une fois la

méthode de M. *Baudelocque* a été mise en usage, et cet essai ne lui a pas été favorable, quoique fait par son auteur.

Depuis le mémoire de *Pibrac* sur les Sutures, on a généralement blâmé la gastroraphie comme inutile et même dangereuse : en cela, comme en beaucoup d'autres choses, on a plutôt consulté la théorie que l'expérience. Il m'a été démontré, par l'examen des observations contenues dans les auteurs, que la suture, loin d'avoir les inconvéniens qu'on lui reproche, avait presque toujours contribué aux succès obtenus. Dans presque tous les cas de guérison elle avait été pratiquée; dans quelques-unes elle l'avait été deux fois à quelques heures d'intervalle; dans le cas où elle n'avait pas été mise en usage, il est survenu des accidens qui ont fait regretter de ne l'avoir pas faite. Je sais que dans beaucoup de cas de plaies de l'abdomen on peut très-bien s'en passer; mais dans le cas dont il s'agit je la crois tellement utile que, dans une opération césarienne suivant la méthode de *Lauverjat*, inventée en grande partie pour l'éviter, je n'hésiterais pas à la pratiquer : on verra d'ailleurs que mon père, loin de lui trouver les inconvéniens qu'on lui reproche, s'est toujours applaudi de l'avoir pratiquée, puisqu'elle a toujours eu une influence heureuse sur le succès, en favorisant la prompte cicatrisation de la plaie et en mettant par là le péritoine à l'abri du contact de l'air.

Pendant sa longue carrière chirurgicale, aussi brillante qu'honorable, mon père a pratiqué six fois l'opération césarienne. Il est bien à regretter qu'il n'ait pas publié lui-même le résultat de ces opérations non moins intéressantes qu'heureuses; mais, aussi modeste qu'habile, il se contentait de faire le bien sans le publier. Cependant, à la sollicitation de M. *Chaussier* et de M^me^. *La Chapelle*, il avait consenti à publier ces observations; mais déjà il était affecté de la maladie cruelle qui, ne lui laissant aucun repos, ne lui permit pas de s'occuper de ce travail, et le ravit à l'amour de sa famille, à l'amitié de ceux qui le connaissaient, à l'estime générale, à la considération de tous.

Voici cependant ce que j'ai pu recueillir de quelques notes qu'il a

laissées, et d'après ce qu'il m'a dit plusieurs fois. J'ai assisté à la dernière opération : je la rapporterai avec tous les détails qu'elle comporte et que j'ai rédigés. Toutes ont été nécessitées par des vices de conformation du bassin, qui rendaient l'accouchement par les voies naturelles impossible.

Cinq fois chez des femmes de la campagne, une sur une habitante de Château-Thierry, rue de la Halle. Dans tous ces cas, le travail durait depuis plus de quarante-huit heures, les eaux étaient écoulées. Une seule fois la malade n'avait pas été fatiguée par de nombreuses tentatives faites pour terminer l'accouchement, par des sages-femmes et par des accoucheurs peu habiles. L'incision fut toujours pratiquée sur la ligne médiane entre l'ombilic et la symphyse du pubis; la matrice fut toujours incisée dans le même sens et par sa face antérieure ramenée à sa position ordinaire quand elle était déviée. Jamais il n'y eut d'hémorrhagie; rarement plus de deux onces de sang se sont écoulées. La gastroraphie a constamment été mise en usage, et, loin d'avoir déterminé les accidens qu'on lui a tant reprochés, elle a toujours eu la plus heureuse influence sur la prompte cicatrisation de la plaie.

La plaie de l'utérus avait toujours permis de faire l'extraction du fœtus avec facilité; le placenta était sorti spontanément aussitôt que la matrice s'était contractée. Dans deux cas, quelques caillots de sang avaient été primitivement chassés à travers la plaie de l'utérus dans l'abdomen, mais ils avaient été retirés facilement; dans deux, il n'était pas survenu le moindre accident, et la guérison était parfaite avant un mois; dans deux autres, une inflammation assez vive de bas-ventre avait été heureusement combattue par des saignées, des bains et des fomentations émollientes; dans un des deux cas de non succès, la malade avait évidemment succombé à la métro-péritonite le quatrième jour; dans le second cas, du même genre, l'inflammation, d'abord assez vive, avait paru céder au même traitement : la malade était bien, lorsqu'elle se donna une indigestion en mangeant des alimens

grossiers, qui rappela les accidens auxquels elle ne put cette fois résister.

Quatre enfans ont dû la vie à l'opération, deux autres étaient morts quand elle fut pratiquée; avant, ils avaient été jugés vivans. A la suite des opérations il n'est pas survenu de véritable hernie, dont on a pu prévenir la formation en maintenant pendant long-temps un bandage de corps un peu serré; seulement il y a toujours un peu plus de saillie de l'abdomen dans le point correspondant à l'incision, dont la cicatrice s'est constamment réduite de six pouces à trois ou quatre.

Je n'ai pas besoin de faire observer combien ces résultats sont plus satisfaisans que ceux des opérations césariennes rapportées par *Simon*, *Lauverjat*, *Baudelocque*, *Sprengel* et autres, desquelles il résulte qu'elle a toujours été funeste au moins une fois sur deux.

Le 11 septembre 1819, mon père fut appelé au village de Monturel, canton de Condé, à trois lieues de Château-Thierry, pour accoucher la femme d'Honoré Bouloré, en travail depuis trois jours, et qui n'avait pu être délivrée par une sage-femme et un chirurgien des environs. Agée de vingt-cinq ans, d'une taille moyenne et d'une forte constitution, elle était enceinte pour la troisième fois, et on nous dit qu'elle n'était accouchée qu'après un travail long et pénible de deux enfans morts. Les eaux étaient écoulées depuis trente-six heures, les douleurs étaient fortes. Ayant introduit le doigt dans le vagin, mon père reconnut que l'enfant présentait le sommet de la tête retenu au détroit supérieur, dont le diamètre sacro-pubien était considérablement rétréci, ce qui lui fit élever quelques doutes sur la réalité des deux précédens accouchemens. Cependant, comme on persistait à affirmer que les deux accouchemens précédens avaient été opérés par les seules forces de la nature, après un nouvel examen pour apprécier le volume de la tête et l'étendue du diamètre, qu'il estima à deux pouces et demi, se rappelant que, dans quelques cas, une tête petite et flexible avait pu, au moyen du forceps, traverser un bassin aussi étroit, il se détermina à tenter ce moyen, sans cependant compter sur son efficacité. En effet, après une tentative inutile, il reconnut

l'impossibilité d'obtenir l'extraction du fœtus par ce moyen, qui pouvait lui devenir funeste ainsi qu'à la mère, et il y renonça : c'est enfin, alors que l'on vit cette tentative infructueuse, qu'on déclara la vérité, et qu'on apprit que les deux premiers enfans n'avaient été extraits que mutilés et en lambeaux.

Il déclara alors, avec tous les ménagemens convenables, que le seul moyen de la délivrer était l'opération césarienne, dont il dit les avantages pour la mère et pour l'enfant, qui donnait encore des signes de vie non équivoques, et citant son expérience à cet égard; mais la malade, découragée et fatiguée d'un travail aussi long et si pénible, la rejeta, disant qu'elle aimait mieux mourir, et rien ne put la faire changer de résolution pendant le reste de la soirée.

Cependant, comme elle avait de la fièvre, que le ventre était douloureux, une saignée fut pratiquée, elle fut mise au bain, et les douleurs ayant entièrement cessé elle goûta quelques heures de sommeil.

Vers quatre heures du matin, les douleurs recommencèrent, devinrent très-fortes. Nous fûmes avertis qu'elle consentait à l'opération. L'enfant avait fait quelques mouvemens peu d'instans avant : on se hâta, dans l'espérance de lui conserver la vie.

A sept heures du matin, comme il n'y avait pas de fenêtre, la femme fut placée près de la porte, où le soleil donnait, sur une table solide et couverte d'un matelas, la tête un peu élevée, les jambes écartées, et les cuisses légèrement fléchies sur le bassin. La matrice était déviée à gauche; je la ramenai à droite pour placer sa face antérieure sous la ligne blanche, et je la maintins dans cette direction, pendant que mon père, placé entre les cuisses de la femme, exécuta l'opération.

Avec un bon rasoir, il commença l'incision à un pouce au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, et la prolongea jusqu'à trois travers de doigts au-dessus du pubis, en ne coupant d'abord que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; ensuite il incisa l'aponévrose qui forme la ligne blanche et le péritoine, dans l'étendue d'un pouce seulement, et à la partie supérieure; il insinua alors, entre le péritoine

et la matrice, qui paraissait à nu dans cet endroit, le doigt médius, qui servit de conducteur pour achever l'incision : la matrice fut incisée dans la même direction et dans l'étendue de cinq pouces, et avec le même soin pour ne pas blesser l'enfant; son épaisseur était de trois à quatre lignes.

L'incision de la matrice terminée, les genoux se présentèrent; ils furent saisis, et l'enfant fut extrait avec la plus grande facilité, ainsi que le placenta, qui suivit immédiatement, et qui était inséré au fond et en arrière.

La matrice se contractant de suite, s'enfonça dans le bassin sans disparaître cependant, et l'épiploon parut à l'angle supérieur de la plaie, mais ne s'y engagea pas.

Ce premier temps de l'opération n'avait duré que quelques minutes; l'incision de la peau avait seule causé une vive douleur; il ne s'écoulait pas de sang ni des tégumens, ni de l'utérus; et avant que le pansement ne fût fait, il s'écoula quelques caillots assez volumineux par le vagin, ce que mon père regarda comme un augure favorable.

L'enfant, bien conformé, fort gros, ne donnait pas de signe de vie, on put douter quelques instans de sa mort; mais malgré tous les soins qui lui furent donnés, il ne put être rappelé à la vie.

Trois points de suture entrecoupés furent faits dans les trois quarts supérieurs de la plaie, qui avait cinq pouces à peu près, médiocrement serrés, surtout l'inférieur, et ne comprenant que l'aponévrose et la peau, et laissant le péritoine. Et pour favoriser l'action et diminuer la pression des fils sur les bords de la plaie, qui étaient très-facilement mis en constact, trois longues bandelettes agglutinatives furent placées entre les points de suture et au-dessous; de la charpie, des compresses graduées sur les côtés du ventre, et un bandage de corps médiocrement serré complétèrent l'appareil.

La suture avait causé beaucoup de douleur. Replacée dans son lit, la tête et la poitrine un peu élevées, les cuisses légèrement écartées et

fléchies sur le bassin, la malade, éprouvant un grand soulagement, goûta plusieurs heures de repos et de sommeil.

Vers le milieu du jour, nous quittâmes la malade, qui était tranquille, et dont la fièvre était modérée. On recommanda le repos le plus absolu, des fomentations sur le ventre, une boisson adoucissante et la diète absolue.

Le lendemain, fièvre intense, agitation, ventre tendu, douloureux, lochies presque nulles, incontinence d'urine; refus de toute autre boisson que de l'eau et du vin; elle est mise au bain de siége, et n'y veut rester que quelques instans. Les symptômes s'aggravent, et la malade tombe dans un état d'adynamie très-grand; elle a des syncopes prolongées et fréquentes; plusieurs fois on la croit morte; et quand elle en sort, elle est tellement faible, qu'elle ne peut faire aucun mouvement, pas même parler.

Mon père, déjà malade, avait été tellement fatigué par le voyage et par l'opération, qu'il lui fut impossible de venir donner des soins à la malade; et comme j'avais trop peu d'expérience à cette époque, je me contentai de quelques moyens simples, mais peu actifs.

Cependant, à compter du sixième jour, tous ces accidens formidables diminuèrent graduellement d'eux-mêmes; de sorte que le huitième jour, mon père la trouva hors de danger, ne se plaignant que des parties génitales externes, où il existait une vive inflammation causée par l'urine, qui s'échappait continuellement de la vessie.

J'avais desserré le bandage de corps à mesure que le ventre s'était gonflé; je n'avais changé l'appareil que le troisième jour. La suppuration n'était pas établie, le point de suture inférieur avait coupé la peau d'un côté, les bords de la plaie étaient rouges, gonflés, parfaitement en contact. Les bandelettes agglutinatives, détachées en partie, furent replacées; j'en ajoutai une quatrième inférieurement. Le quatrième et le cinquième jours, l'état désespéré de la malade ne permit pas de toucher à l'appareil. Le sixième, la suppuration était établie et de bonne nature; le fond de la plaie, réuni, excepté dans son quart inférieur, était d'un rouge vermeil; la peau, coupée

en partie par les fils, s'était écartée de quelques lignes. Les sutures furent ôtées, et on maintint les bords rapprochés et en contact parfait avec les bandelettes agglutinatives, dont l'action était secondée par celle des compresses graduées et le bandage de corps, que l'on serra de plus en plus à mesure que l'état du ventre le permit.

Chaque jour le pansement fut fait simplement, les bandelettes renouvelées à mesure qu'elle se relâchaient; peu à peu la peau se rapprocha et se réunit. Le vingt-cinquième jour, la cicatrisation était opérée; le bandage de corps avec les compresses graduées furent conservés pendant six semaines, serrés médiocrement quand la malade était au lit, et plus exactement quand elle commença à marcher.

Six semaines après l'opération cette femme était parfaitement rétablie; elle avait repris ses occupations ordinaires, et elle vint à Châteauthierry remercier mon père, et l'assura que, si elle redevenait enceinte, elle n'hésiterait plus à se faire opérer, parce qu'elle avait plus souffert des douleurs de l'accouchement que de celles causées par l'opération, et qu'elle pourrait ainsi avoir un enfant vivant.

J'ai rapporté cette observation sans y mêler de réflexions, pour ne pas en interrompre le récit, préférant les placer à la suite. Et d'abord, il est évident que l'accouchement était impossible, à moins d'une opération. L'application du forceps ne fut faite qu'à cause de l'erreur dans laquelle on était relativement aux deux accouchemens précédens; sans cela, elle n'aurait pas été tentée. Le symphyséotomie et la section césarienne étaient les seuls moyens de salut. Je ne parle pas de l'embryotomie, qui ne pouvait même pas être proposée, puisque l'enfant était présumé vivant. La symphyséotomie n'offrant que des chances égales à celles de la section césarienne pour la mère, et beaucoup moins que cette dernière pour l'enfant, celle-ci devait être préférée. Le retard à l'opération, par suite du refus de la malade, est fort à regretter, puisqu'il fut si funeste à l'enfant, dont il causa la mort; car, au moment où elle fut proposée, sa vie n'était pas douteuse, elle se conserva même encore assez long-temps après. Ce retard pouvait devenir aussi funeste à la mère, épuisée par un si long et

si rude travail, ce que l'inertie de la matrice ne faisait que trop craindre.

La section sur la ligne blanche fut préférée, parce qu'elle avait été faite par ce procédé dans tous les autres cas, et qu'elle avait toujours paru avantageuse, ensuite, parce qu'elle est facile et n'expose à aucun danger primitif, ce qui est fort important à considérer quand on n'est pas secondé par des aides habiles.

On se servit d'un rasoir, parce que cet instrument est suffisant, et que l'on n'avait pas de bistouris qui coupassent aussi bien; ce qu'on regardait comme la chose la plus essentielle, puisqu'en le conduisant sur le doigt, il remplit le but d'un bistouri boutonné ou d'un bistouri conduit dans la canelure d'une sonde. D'ailleurs, un rasoir bien effilé cause moins de douleur, fait une plaie plus nette qui se cicatrise bien facilement. Et encore, un argument plus puissant, c'est que toujours il avait opéré avec ce rasoir, sans avoir eu à le regretter. Mon père n'est pas le seul de cette opinion, M. *Percy* dit que souvent il s'est servi d'un bon rasoir pour couper la peau dans les amputations, mais qu'il avait soin de se cacher pour cela.

Je dois remarquer qu'il ne s'écoula pas de sang de l'incision des tégumens, ce qui devait être, ni de la matrice, ce qui tient à son état de contraction; car jamais il n'y a hémorrhagie, dans ce cas, par la plaie sur la face antérieure, à moins qu'il n'y ait inertie. Le meilleur moyen de la faire cesser, c'est d'exciter les contractions, et je pense même qu'avant d'opérer on devrait tout tenter pour les déterminer, afin de prévenir l'hémorrhagie et l'épanchement de sang dans le péritoine.

La facilité de l'extraction de l'enfant fut due à sa position favorable, qui permit de saisir les pieds. C'est une circonstance heureuse; car, quand il faut, pour l'extraire, exercer quelques tiraillemens sur les bords de la division faite à l'utérus, ils restent plus écartés et se réunissent moins facilement, ce qui favorise les épanchemens dans le péritoine, et le passage des intestins dans la matrice.

L'expulsion immédiate et spontanée du placenta par la plaie a tou-

jours été avantageuse, parce qu'elle est due à la contraction de la matrice, et permet de réunir la plaie promptement et d'empêcher le contact de l'air, dont l'influence a toujours été regardée comme si funeste, non pas pour la face interne de la matrice, comme le dit *Lauverjat*, mais pour le péritoine qui la tapisse.

Dans ce cas, la suture fut pratiquée selon la méthode que mon père a toujours suivie, c'est-à-dire en ne comprenant pas dans le fil le péritoine laissé en dehors de l'anse du fil; et c'est peut-être en grande partie à ce procédé qu'il doit les avantages qu'il a toujours reconnus à la gastroraphie.

Quoi qu'il en soit, les avantages des sutures ne peuvent ici être méconnus. Je sais qu'elles ont été puissamment secondées par l'action des bandelettes agglutinatives et des compresses graduées, que l'on ne doit pas plus négliger dans ce cas que dans ceux où on ne ferait pas de suture. Cette manière d'agir me paraît la plus efficace pour maintenir les bords de la plaie en contact et empêcher l'accès de l'air dans la cavité péritonéale.

La position de la malade, quoique contraire à celle que recommandent les auteurs pour favoriser la réunion de la plaie, me paraît avoir été favorable, parce qu'elle permet le relâchement des muscles de l'abdomen, qui par leur rétraction causent de la douleur, et peuvent contribuer à augmenter l'inflammation; et ensuite elle peut être facilement gardée long-temps, ce que l'extension ne permet pas.

L'inflammation qui survint, et se manifesta par des symptômes si alarmans, n'était que trop facile à prévoir; il ne le fut pas autant de la combattre.

Dans le courant du mois de novembre 1825, on vint avertir le chirurgien de garde à l'Hôtel-Dieu qu'une femme enceinte de sept mois était sur le point de mourir. Nous nous rendîmes à la salle Sainte-Monique avec nos collègues *Legroux* et *Ricord*, et nous trouvâmes cette malade à l'agonie. Elle était entrée à l'hôpital depuis dix jours, affectée d'une inflammation aiguë du cerveau, qui avait résisté aux moyens ordinairement employés contre cette affection, et dont la fâ-

cheuse terminaison était prévue depuis quelques jours. Elle ne tarda pas à succomber; et, quand on fut certain de la mort, on procéda à l'opération césarienne pour sauver l'enfant, présumé vivant : elle fut pratiquée par notre collègue *Ricord*. Le ventre était fort volumineux; il fut ouvert sur la ligne médiane entre l'ombilic et la symphyse des pubis, dans l'étendue de six pouces, et avec autant de précaution que si la femme eût été vivante. La matrice, se présentant à nu, fut incisée dans l'étendue de cinq pouces, et les membranes firent saillie à travers la plaie, offrant une disposition qui nous fit juger qu'il existait deux enfans : il y avait en effet deux poches adossées, et dont le point de contact était au niveau de la plaie, et entre elles on pouvait introduire les doigts sans les rompre. La poche droite rompue, un enfant fut extrait facilement; l'autre, qui était restée entière, le fut aussitôt, et un second enfant fut retiré immédiatement. C'étaient deux filles au terme de sept mois, dont l'une était un peu plus forte que l'autre; elles étaient vivantes, ou du moins le cœur battait; elles exécutaient quelques mouvemens lens et vermiculaires; elles firent quelques bâillemens, mais la respiration ne put être complète, malgré des frictions avec du vin sur le dos et sur les parois thoraciques, des insufflations ménagées, la vie cessa chez la plus faible au bout de dix minutes, et d'un quart d'heure chez la plus forte. Le placenta était unique, et inséré au fond et en arrière de la matrice, qui se contracta aussitôt la sortie du fœtus, et présenta le délivre à la plaie. Une traction ayant été faite sur les cordons, pour l'enlever, il entraîna le fond de la matrice, qui se retourna de manière que sa face interne devint externe; une grande quantité de sang noir s'écoulait en nappe de toute sa surface, et ce ne fut qu'avec difficulté qu'elle fut réduite dans son état normal, et lorsque le placenta fut détaché. La quantité de sang qui s'était épanché dans le ventre put être évaluée à plus de deux livres.

L'autopsie cadavérique fut faite vingt-quatre heures après, et l'on trouva une lésion de l'encéphale qui justifia le diagnostic, c'est-à-dire une injection du cerveau et des membranes avec épanchement séreux dans les ventricules.

Le 25 mars 1826, une jeune femme, agée de ving-trois ans, douée d'une forte constitution, et enceinte de cinq mois, entra à la maison royale de santé, et fut placée dans le service de M. *Duméril,* sous lequel je remplissais les fonctions d'élève interne. Cette malade était affectée d'une hydrocéphale aiguë, dont la marche rapide ne put être arrêtée par un traitement énergique, et qui se termina d'une manière funeste le dixième jour. Quelques instans avant sa mort je me rendis auprès d'elle pour pratiquer l'opération césarienne, afin de donner le baptême à l'enfant non encore viable.

Lorsque je fus assuré que la mort était réelle, le corps fut porté sur un lit dans une chambre voisine, et là, en présence de M^me^. *Boivin*, je procédai à l'opération.

L'abdomen incisé sur la ligne médiane dans l'étendu de cinq pouces, l'utérus se présenta, et fut ouvert dans la même direction : ses parois étaient épaisses; les membranes furent rompues, le fœtus saisi par les pieds et extrait avec la plus grande facilité. La matrice revint sur elle-même; le placenta ne fut pas détaché; et je le laissai pour l'examiner ultérieurement : il s'écoula de l'utérus une assez grande quantité de sang.

Le développement du fœtus indiquait qu'il avait de cinq à six mois. Le cœur et les artères battaient, les membres exécutaient des mouvemens lens et vermiculaires; il ne s'écoulait pas de sang par le cordon ombilical, coupé à quatre à cinq pouces du ventre. Pendant plus de dix minutes cet état se maintint, puis peu à peu les contractions du cœur s'affaiblirent, les mouvemens diminuèrent et la vie cessa.

Il n'y eut pas de respiration, pas même incomplète; il n'y eut que quelques mouvemens d'abaissement de la mâchoire inférieure et comme un léger bâillement.

L'examen cadavérique démontra qu'il n'y avait pas eu respiration, que le fœtus était bien conformé, et ne paraissait nullement avoir souffert de la maladie de sa mère.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

II.

Per autumnum morbi acutissimi et exitiosissimi magnâ ex parte accidunt : ver autem saluberrimum et minimè morbis exitiosis obnoxium. *Ibid.*, *aph.* 9.

III

Quando morbus in suo vigore constiterit, tunc victu tenuissimo utendum est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

IV.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

V.

Extremis morbis extrema remedia optima sunt. *Sect.* 1, *aph.* 6.

VI.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile : debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.